

DE LA

DÉSARTICULATION

COXO-FÉMORALE

AU POINT DE VUE DE LA CHIRURGIE D'ARMÉE,

RAPPORT

SUR UN MÉMOIRE DE M. LEGOUEST,

LU A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, LE 24 OCTOBRE 1855,

PAR

M. H. B[on] LARREY.

(Extrait des *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. V.)

PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1860

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

DE LA

DÉSARTICULATION COXO-FÉMORALE

AU POINT DE VUE DE LA CHIRURGIE D'ARMÉE,

RAPPORT

SUR UN MÉMOIRE DE M. LEGOUEST,

Médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce,

LU A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE LE 24 OCTOBRE 1855,

Par M. H. Bon LARREY.

Un mémoire intitulé : *De la désarticulation coxo-fémorale, au point de vue de la chirurgie d'armée*, a été présenté à la Société de chirurgie par M. le docteur Legouest (1), médecin-major et agrégé (aujourd'hui professeur) au Val-de-Grâce. La Commission chargée d'examiner ce travail et d'en rendre compte à la Société, était composée de MM. Lenoir, Verneuil et Larrey, rapporteur. L'analyse du mémoire de M. Legouest, commençant par le résumé d'une intéressante observation, nous permettra de donner quelques développements à notre rapport (2).

L'auteur espérait d'abord faire connaître un cas de succès de l'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale, lorsqu'il a vu son espérance déçue par un résultat funeste. C'était, suivant M. Legouest, une des treize désarticulations pratiquées en Crimée, après les batailles de l'Alma et d'Inker-

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. VI, 1856.

(2) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. V, 1860.

mann, soit primitivement, soit secondairement, et qui furent toutes suivies de mort (1). Ce chiffre fatal et le nombre plus considérable des insuccès de cette grave opération, à des époques antérieures, ont suggéré à notre honorable confrère des réflexions générales, à la suite de l'observation qui lui appartient, et dont voici d'abord le résumé :

Un prisonnier russe originaire de Pologne, nommé Wolokenski, âgé de trente ans, d'une forte constitution, déjà blessé dans la guerre de Hongrie (où il avait perdu un œil), est atteint le 20 septembre 1854, à la bataille de l'Alma, d'un coup de feu par une balle de gros calibre, dans la région trochantérienne de la cuisse gauche. L'observation, faute de renseignements, n'indique point la nature des accidents primitifs, ni le mode du premier pansement. Le blessé, évacué le lendemain sur Constantinople, arrive le 24, au grand hôpital de Péra, où on le laisse reposer pendant plusieurs jours de la fatigue du transport, en maintenant même l'appareil de sa plaie à demeure.

Présenté le 1er octobre à MM. Scoutetten et Legouest, il offre l'état suivant : volume de la cuisse gauche d'un tiers plus considérable à sa racine que la droite ; plaie d'entrée de la balle vers le quart supérieur de la région antérieure du membre ayant pénétré de bas en haut et de dedans en dehors; fracture comminutive du fémur, du petit au grand trochanter, pénétration du projectile dans la fosse iliaque externe, vers le milieu de la crête, extraction immédiate par une simple incision de la peau. Balle aplatie, sillonnée en plusieurs points par les os, pesante et reconnaissable pour une balle cylindro-conique. Écoulement d'un peu de sanie purulente par les deux ouvertures, broiement de l'os appréciable au toucher, dans le fond de la plaie.

L'amputation coxo-fémorale, étant décidée par les chirurgiens présents, est pratiquée le 3 octobre, devant eux, par M. Legouest, selon la méthode à lambeau antérieur, le quatorzième jour de la blessure, et à l'aide de l'anesthésie chloroformique. Il modifie le mode opératoire en circonscrivant la partie postérieure des muscles par une incision des téguments, d'un côté à l'autre de la base du lambeau

(1) Le nombre exact des désarticulations coxo-fémorales a été, en tout, de 12 en Crimée (tous les amputés sont morts avant leur évacuation); et sur 5 à Constantinople, 3, après avoir laissé quelque espoir de guérison, ont fini également par succomber. De là, par conséquent, 17 cas bien avérés, d'après des recherches entreprises avec le plus grand soin par M. le docteur Chenu, médecin principal au Val-de-Grâce, détaché deux fois aux hôpitaux de Constantinople. Ajoutons que ses recherches se rattachent à un travail d'une grande importance, récemment adressé par lui au Conseil de santé des armées, sur la statistique des maladies épidémiques, des grandes blessures et des amputations faites dans l'armée française, pendant toute la durée de la campagne de Crimée.

antérieur, dans le sens du pli de la fesse. Les ligatures sont appliquées avant la désarticulation elle-même, qui présente des difficultés, parce que l'os brisé ne peut servir de levier pour dégager sa tête. Une fois saisie cependant, elle est écartée de sa cavité, en permettant la section successive de tous les muscles de la région postérieure. L'application de nouvelles ligatures en porte le nombre à neuf. La plaie réunie par dix-huit points de suture entrecoupée est pansée simplement; une mèche est introduite vers la partie externe et inférieure; et les fils de ligature sont ramenés ensemble sur le lambeau antérieur. L'opération et le pansement ont duré vingt-six minutes. Le blessé a perdu de 300 à 400 grammes de sang, lors de la ponction du lambeau, et il ne revient qu'assez longtemps après de l'anesthésie; mais il repose ensuite et reste calme.

Le premier appareil est levé le lendemain; les pansements successifs se font chaque jour; la suppuration s'établit vers le dixième, sans être trop abondante; la réunion commence ensuite sur différents points d'où les sutures sont enlevées. L'état général est satisfaisant; la cicatrisation avance et fait espérer la guérison. lorsque du 15 au 31 octobre, des symptômes fébriles avec diarrhée intense compromettent la vie de l'opéré. Il se rétablit par un régime approprié et à l'aide de l'appareil incubateur de M. J. Guyot (1). La plaie se trouve cicatrisée presque entièrement; mais, par une compression exercée sur la fesse, elle laisse sortir du fond de la cavité cotyloïde une grande quantité de pus qui diminue enfin et ne suinte plus que par trois points fistuleux de la cicatrice. La guérison semble assurée; l'amputé se lève, et pendant plus d'un mois, du 16 au 20 décembre, il se porte si bien, que son transport en France est déjà obtenu du ministre de la guerre par M. l'inspecteur Lévy. On nous annonce même sa prochaine arrivée au Val-de-Grâce.

Mais, le 20 décembre, alors qu'il est devenu l'objet de l'attention de tous, et à la veille même de son évacuation de Constantinople, Wolokenski fait une chute sur son moignon, une hémorrhagie abondante se déclare, une inflammation suppurative de mauvaise nature s'établit, par le point resté fistuleux, en regard de la cavité articulaire; les deux autres fistules se rouvrent; des douleurs assez vives se font sentir, et tout le mois de janvier se passe dans des alternatives de bien et de mal. Des hémorrhagies successives surviennent, la suppuration augmente, les points fistuleux s'ulcèrent profondément; la diarrhée enfin se reproduit avec une intensité incoercible; et un gonflement œdémateux envahissant le moignon, s'étend à la hanche et à l'autre membre, en même temps que la suppuration devenue sanieuse ramollit le lambeau tout entier. Enfin un état de souffrance et d'anxiété extrêmes, terminé par un épuisement complet, entraîne la mort du malheureux amputé, le 9 février, c'est-à-dire quatre mois après l'opération.

L'autopsie, faite au bout de vingt-quatre heures, démontre un épanchement de sang coagulé dans l'épaisseur du lambeau, et en dessous une poche remplie de détritus gangréneux, aboutissant à la cavité cotyloïde, dépouillée de cartilage et

(1) *Traité de l'incubation et de son influence thérapeutique*, Paris, 1840.

atteinte de carie. Un abcès considérable remplit la fosse iliaque interne et s'élève jusqu'aux attaches lombaires du muscle psoas. Le foyer purulent communique avec l'intestin par une perforation adhérente, sans que l'on ait constaté sur le vivant la présence du pus dans les selles. Un projectile, fragment de balle cylindro-conique, est découvert au milieu des parois du foyer, dans l'épaisseur de l'os iliaque, un peu au-dessus de la limite postérieure du détroit abdominal, sans aucune trace de fracture ; mais une communication existe entre l'abcès et la cavité du lambeau par un canal intermusculaire. On peut admettre que, sous l'influence de la pesanteur, la balle se soit déplacée de proche en proche, jusqu'à ce qu'elle soit restée fixe. Des adhérences médiates et immédiates des vaisseaux du lambeau, des caillots consistants à l'intérieur de la veine crurale et de la veine cave abdominale envahie par une phlébite, avec du pus mêlé au sang, telles sont les altérations les plus notables à signaler, d'après cette autopsie.

M. Legouest exprime avec réserve la pensée, que si son amputé avait été soustrait aux influences délétères au milieu desquelles il se trouvait placé, à savoir surtout le scorbut et la pourriture d'hôpital, il aurait pu guérir tout à fait, par l'enkystement du projectile dans la fosse iliaque, et que l'amputation coxo-fémorale compterait un succès de plus.

Loin de se croire cependant autorisé à recommencer semblable opération, il déclare au contraire qu'il ne la pratiquerait plus ainsi, parce que précisément il en a mesuré les conséquences dans les lésions traumatiques récentes ; mais il la réserverait à certaines maladies organiques du fémur incurables par d'autres traitements.

C'est le principe qu'avait déjà soutenu notre savant collègue, M. le professeur Sédillot (1), dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences, et comprenant l'histoire générale de cette redoutable opération, l'appréciation exacte des faits connus et la relation détaillée d'une désarticulation faite, sous nos yeux, au Val-de-Grâce, avec un plein succès. L'amputé existe encore aujourd'hui, à l'hôtel des Invalides.

(1) *De l'amputation coxo-fémorale* (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. II, 1841).

Hénot (1), ancien chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz, dans un travail plus étendu, et à propos aussi d'un cas remarquable de guérison, exprime à peu près la même pensée sur les résultats comparatifs de cette opération, tantôt primitive, tantôt consécutive, et indique ses dangers, ainsi que ses succès exceptionnels, lorsqu'elle a été pratiquée immédiatement pour des blessures. Le résultat heureux obtenu par lui-même se rattachait à une lésion organique du fémur, survenue après une fracture par chute d'un lieu élevé. Nous avons autrefois, au Val-de-Grâce, donné quelques soins à cet intéressant amputé, qui est entré ensuite aux Invalides, et s'est retiré plus tard dans ses foyers, à Longwy.

Permettez, messieurs, à votre rapporteur, de rappeler que son père (2), en rendant compte à l'Institut du mémoire de M. Sédillot, a également apprécié les chances relatives de curabilité, et que tout en maintenant le principe général soutenu par lui de la prééminence de l'amputation primitive, il fait de sages réserves à l'égard de l'amputation coxo-fémorale. Ainsi, en parlant ailleurs de deux opérations tardives entreprises par lui, à la suite de la bataille de Wagram, Larrey (3) ajoute : « Il faut l'avouer, le peu d'encouragement que j'avais reçu des hommes de l'art et des Académies sur la possibilité de réussir dans ces sortes d'extirpations, me fit suspendre le projet que j'avais d'abord d'opérer ces militaires. »

Disons de plus qu'en dehors des champs de bataille, il lui est arrivé plusieurs fois de ne point appliquer le principe de l'amputation immédiate à la désarticulation de la cuisse, en raison même

(1) *Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale, à l'occasion d'une opération de ce genre pratiquée avec succès* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVI, 1851).

(2) *Rapport sur un mémoire de M. Sédillot relatif à l'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale* (*Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, janvier 1842).

(3) *Clinique chirurgicale*, t. III, 1829.

de la gravité des blessures, de l'étendue et de la profondeur de la plaie, du danger de la réaction traumatique, de l'épuisement des forces, des fatigues du transport, des chances enfin de sauver la vie aux blessés, en conservant leurs membres, par l'emploi des appareils contentifs et à l'aide de toutes les ressources dont on est souvent privé à la guerre. Et cette sorte de contradiction avec lui-même, il l'a parfois utilement conseillée à d'autres chirurgiens. Quelques-uns de nos collègues, messieurs, peuvent s'en souvenir. Ainsi, sans partager l'opinion émise depuis lui, Larrey s'exprime cependant de la manière suivante, dans son rapport à l'Académie des sciences : « Après avoir exposé avec clarté et une grande précision tous les cas où cette opération a été exécutée, il (M. Sédillot) fait remarquer que les succès, d'ailleurs assez rares, obtenus par les chirurgiens français et étrangers, doivent être attribués à ce que l'opération n'a été faite que pour des maladies chroniques, ou après la cessation des accidents primitifs des maladies aiguës, telles que les plaies d'armes à feu ; tandis que les exemples d'insuccès de cette désarticulation pratiquée immédiatement dans ces derniers cas, ont été plus multipliés. »

C'est ce fait d'observation que M. Legouest a pour but de démontrer, en lui donnant la valeur d'un principe général. Le principe opposé soutenu par Larrey (1) et par Ribes (2), à savoir que les fractures compliquées du fémur, par armes à feu, réclament l'amputation, ne paraît pas à notre confrère devoir être absolu, et faisant allusion à des résultats contraires, il veut bien nous citer nous-même, à propos d'un cas de fracture des trochanters guéri par la chirurgie conservatrice. Votre rapporteur (3)

(1) *Mémoires de chirurgie militaire*, 1812, et *Clinique chirurgicale*, 1829.

(2) *Mémoires et observations d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de chirurgie*, t. II, 1841.

(3) *Relation chirurgicale des événements de juillet* 1830, et *Histoire chirurgicale du*

a du reste indiqué des faits qui pourraient se rapprocher de celui-là.

Présumant que les chirurgiens ont fait connaître leurs succès, bien plus que leurs revers, dans l'amputation coxo-fémorale, M. Legouest a recherché les cas dans lesquels cette grave opération avait été pratiquée pour des coups de feu ; et il en présente un tableau sommaire, selon que l'amputation a été immédiate, ou primitive, médiate ou consécutive, et ultérieure ou tardive. Ainsi, pour les opérations immédiates, il cite trente cas empruntés à divers chirurgiens, et autant de morts, pour les opérations médiates, onze, dont trois cas seulement de guérison, les huit autres amputés ayant succombé ; pour les opérations ultérieures enfin, trois cas seulement, dont un suivi de succès.

Ce relevé ne comprenant point tous les faits observés de désarticulation de la cuisse pour les blessures par armes à feu, ne paraîtrait point suffire à juger la question d'une manière absolue, si d'autres résultats analogues, et peut-être assez nombreux, n'étaient probables, surtout par le défaut de publicité des opérations immédiates suivies de mort. Car, ainsi que Hénot l'a répété dans son mémoire, après bien d'autres chirurgiens : « Si les faits heureux sont connus, la plupart des revers restent ignorés. »

Un chirurgien militaire, M. Jubiot (1), a rapporté dans sa thèse trois cas d'amputation coxo-fémorale observés par lui à l'armée d'Afrique, pour des blessures par armes à feu. Les opérations tentées par différents chirurgiens, non immédiatement, mais dès les premiers jours, furent suivies de mort dans les trois cas. Ce triple résultat figure du reste dans le recensement des faits indiqués dans le mémoire de M. Legouest.

siége de la citadelle d'Anvers, 1833 (*Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, t. XXX et XXXIV).

(1) *Observations sur l'amputation dans l'article coxo-fémoral*, Montpellier, 1840.

Rappelons ici quelques faits anciens parmi les désarticulations pratiquées pour des lésions traumatiques :

Morand (1) cite un jeune homme amputé par un chirurgien nommé Pérault, plusieurs mois après une fracture compliquée de la cuisse, et dont la guérison fut si complète, malgré une suppuration des plus abondantes, qu'au bout de dix-huit mois ce jeune homme avait pris une profession et s'était marié.

Férussac (2) a inséré dans son journal : 1° l'observation énoncée par M. Legouest, d'un cuirassier amputé par un chirurgien de Hanovre nommé Wedemeyer, pour une maladie du fémur consécutive à une violente contusion du membre, et dont la guérison s'effectua en une huitaine de jours ! 2° L'observation d'un ancien militaire opéré par Krimer (d'Aix-la-Chapelle), pour une balle perdue depuis longtemps dans le haut de la cuisse. La cicatrice était à peu près complète au dixième jour, lorsque l'amputé succomba au tétanos. 3° L'observation d'un jeune gentilhomme prussien, auquel Dieffenbach (de Berlin) fit la désarticulation de la cuisse, trois semaines après une blessure en duel par un coup de feu. Mais, dans ce cas, la mort eut lieu dix heures après l'opération.

Rappelons encore d'autres faits à l'appui de la proposition de M. Legouest :

A. Blandin, chirurgien des armées de la République, aurait pratiqué trois fois la désarticulation de la cuisse en 1794, et réussi deux fois, mais sans avoir précisé l'époque de chaque amputation.

Brownrigg (3), en décembre 1812, ampute la cuisse dans l'articulation, à un soldat blessé par un coup de feu une année auparavant, en Espagne, et qui, dix ans après, vivait bien portant à Spalding.

(1) *Opuscules de chirurgie*, 1re partie, 1768.

(2) *Bulletin des sciences médicales*, t. III, VIII et XII.

(3) *New Medical and Physical Journal*, 1815.

Cole, assisté par S. Cooper (1), en 1814, à l'armée de Hollande, procède à la désarticulation immédiate de la cuisse, sur un soldat qui succombe le lendemain.

Samuel Cooper, à son tour, fait la même opération, peu de jours après, pour une fracture très compliquée de l'extrémité supérieure du fémur, et il voit périr son amputé au bout de quelques minutes, sans avoir pu extraire de la cavité cotyloïde la tête osseuse brisée en morceaux.

Brodie a vu périr, quelques heures après l'opération, un homme qu'il avait amputé pour un coup de feu.

Roux, en juillet 1830, a eu recours à la désarticulation immédiate de la cuisse sur un officier suisse, qui a succombé le même jour.

D'après le relevé général établi par M. Legouest, et confirmé depuis par les recherches statistiques de M. Chenu sur la campagne de Crimée, pas un des blessés amputés immédiatement dans l'articulation de la hanche n'a survécu ; les trois quarts à peu près de ceux qui ont été soumis à l'opération médiate sont morts, et les deux tiers seulement de ceux chez lesquels on l'a pratiquée ultérieurement ont péri. De plus, les amputés de la première catégorie ont succombé, soit pendant l'opération elle-même, soit peu d'instants, peu d'heures ou très peu de jours après.

Deux des cas d'amputation primitive rapportés par Larrey (2) semblent faire exception à ce fatal résultat. L'un des amputés survécut vingt et un jours, l'autre trente jours et peut-être davantage, car il a été perdu de vue, et l'on serait autorisé à admettre la guérison, comme nous l'exposerons ailleurs.

M. Legouest, reproduisant à cet égard une opinion émise par

(1) *Dictionnaire de chirurgie pratique*, trad. de 1826.

(2) *Clinique chirurgicale*, t. V, 1829 (*Amputation de la cuisse à son articulation coxo-fémorale.*)

notre savant collègue, M. Sédillot, lui donne la portée d'une certitude, à savoir que la désarticulation immédiate de la cuisse doit être entreprise uniquement lorsque le membre est séparé du tronc presque tout à fait.

C'est à peu près la même pensée qui avait conduit Barbet (1), il y a presque un siècle aujourd'hui, à restreindre l'amputation coxo-fémorale dans les plus étroites limites, alors par exemple que la cause vulnérante avait déjà effectué l'opération en grande partie; et vous savez, messieurs, que l'Académie royale de chirurgie, sanctionna de sa haute autorité l'opinion de Barbet, en décernant à son mémoire le prix pour lequel plus de trente chirurgiens avaient concouru.

C'est sous le même point de vue que Delpech (2) attribuait les chances de succès, à la condition d'amputer tardivement pour des maladies organiques anciennes, mais toutefois avant que les sujets ne fussent épuisés par la fièvre hectique.

M. Legouest dit avec raison que trois succès obtenus sur onze amputations médiates permettent de fonder plus d'espoir sur les chances de l'opération consécutive, d'autant plus, comme il le répète, que tous les cas d'amputation immédiate suivis de mort n'ont pas été publiés.

Et, à cet égard, votre rapporteur peut vous dire, messieurs, que son père se souvenait d'avoir pratiqué primitivement, mais sans succès, deux ou trois désarticulations autres, que celles dont il avait publié la relation, ce qui en porterait le total pour lui à neuf ou dix.

Nul doute aussi qu'à l'époque des grandes guerres du premier empire, cette redoutable opération n'ait été exécutée un certain nombre de fois par divers chirurgiens qui n'en ont

(1) *Prix de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, 1773.
(2) *Mémorial de la clinique de Montpellier*, t. I, 1829.

point tenu compte, parce qu'ils avaient perdu promptement leurs opérés.

Nous savons d'ailleurs qu'il en a été de même, de nos jours, dans la campagne de Crimée, où plusieurs de nos camarades, obéissant à la nécessité chirurgicale, ont procédé à la désarticulation de la cuisse, sans pouvoir sauver un seul de leurs opérés.

Quelques-uns de nos collègues de la Société auxquels votre rapporteur, messieurs, avait demandé des renseignements à cet égard, pour M. Legouest lui-même, pourraient citer des cas analogues puisés dans leur pratique personnelle, à savoir l'insuccès de la désarticulation immédiate de la cuisse pour des coups de feu; et sans doute que la discussion de ce rapport produira plusieurs des faits auxquels nous faisons maintenant allusion.

L'un des honorables correspondants de la Société, M. Heifelder père, de Saint-Pétersbourg (1), dans une lettre sur quelques faits de désarticulation coxo-fémorale, a démontré toute la gravité de cette opération, en évaluant ses succès à un cinquième seulement des cas admissibles. M. Legouest aurait trouvé là encore des documents de plus à l'appui de ses recherches, ne fût-ce que dans la substance des huit observations appartenant à l'habile chirurgien étranger.

Que de causes peuvent entraîner les funestes résultats de la désarticulation immédiate de la cuisse! L'hémorrhagie d'abord, soit avant, soit pendant, soit après l'opération. L'inflammation traumatique et toutes ses conséquences, la suppuration et la résorption purulente, la pourriture d'hôpital, devenue si fréquente, si funeste parmi les blessés de la Crimée; sans énumérer toutes les influences redoutables chez les amputés, les épidémies régnantes, le typhus, la dysenterie, le choléra, qui ont

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. VII, 1857.

tant de prise chez les hommes affaiblis, surtout par une aussi grave opération?

M. Legouest indique spécialement quelques-unes de ces causes chez les amputés de la première période. Il aurait pu tenir compte aussi, messieurs, d'une circonstance qui a souvent frappé l'attention de votre rapporteur, depuis qu'il l'avait observée pour la première fois au siége d'Anvers, c'est que les gros projectiles, comme les boulets, les biscaïens, les éclats de bombe et d'obus ne bornent pas leur action au membre mutilé, mais déterminent presque toujours un ébranlement, une commotion des organes les plus voisins de la blessure et exposent davantage celle-ci ou l'opération qu'elle nécessite à des accidents compliqués. Or, cette circonstance est appréciable au plus haut point, dans les mutilations de la cuisse par ces sortes de projectiles et dans l'amputation immédiate du membre à son articulation pelvienne.

Si l'amputation consécutive, et mieux encore l'amputation tardive ou ultérieure offrent plus de chances de succès que l'amputation primitive, c'est d'abord parce que le blessé se trouve soustrait à plusieurs des dangers inhérents à la lésion traumatique elle-même; c'est ensuite parce qu'il est pour ainsi dire préparé à certaines conditions favorables de l'opération devenue nécessaire; et, à cet égard, son état est devenu tout à fait comparable à celui d'un malade chez lequel une affection organique de la totalité du fémur ou seulement de la partie supérieure réclamerait, en dernière ressource, la désarticulation du membre.

Ce fait énoncé, dans le principe, par Larrey, Delpech et Guthrie (1), et apprécié plus tard par quelques-uns des chirurgiens qui ont eu occasion de pratiquer la désarticulation de la cuisse, ce fait, disons-nous, a été justement formulé en principe par M. Legouest, comme résultat de la statistique des amputations

(1) *On gun-shot wounds of the extremities*, 1815.

coxo-fémorales. Il a certainement raison de déplorer la tendance malheureuse de ceux qui entreprennent d'emblée ou sans délai une opération aussi redoutable, plutôt que de tenter la conservation du membre, à force de soins, de temps et de patience.

Mieux vaudrait même imiter la sage réserve de Ravaton (1), qui, ayant à prendre la responsabilité de cette grave amputation sur un soldat de la garde du roi Louis XV, pour une fracture des plus compliquées de la partie supérieure du fémur, par un coup de feu, convoqua plusieurs chirurgiens, et fut dissuadé, d'après leur avis, de hasarder l'opération. C'était ainsi ne pas exposer le blessé à périr peut-être entre ses mains, quoiqu'il dût succomber quelques jours après.

Une objection va sans doute nous être faite : c'est que si la chirurgie doit être prompte à l'exécution, en pareil cas, c'est la chirurgie d'armée, au milieu surtout des circonstances si souvent difficiles où elle se trouve, sur un champ de bataille, en pays ennemi, au moment d'une retraite, et à distance des hôpitaux sédentaires. De là l'idée généralement répandue que les chirurgiens militaires, étant obligés de faire un plus grand nombre d'amputations primitives que les chirurgiens civils, ils ne doivent pas hésiter à désarticuler la cuisse, lorsque l'occasion s'en présente, plutôt que de tenter la conservation du membre, faute de moyens de transport, d'appareils convenables, ou de soins assurés en campagne.

Votre rapporteur, messieurs, tout en appréciant ce que cette objection peut avoir de fondé, ne saurait, pour sa part, l'admettre en principe, et encore moins dans son application à l'amputation coxo-fémorale. En effet, sous un tel point de vue, les chances immédiates de cette opération sont plus dangereuses, à notre sens, que celles de la lésion la plus grave, lors-

(1) *Chirurgie d'armée*, ou *Traité de plaies d'armes à feu et d'armes blanches*, 1768.

qu'il s'agit même de transporter le blessé à des distances plu ou moins éloignées.

Il me sera permis d'ajouter que, dans des cas de ce genre, divers appareils contentifs ou inamovibles ont été d'un grand secours souvent, pour préserver le membre mutilé des délais de l'amputation, et quelquefois pour l'y soustraire tout à fait. J'ai, depuis longtemps, soutenu à cet égard les avantages de la longue pratique de mon père (1).

C'est afin d'y réussir mieux encore, et dans la prévision des besoins de la chirurgie militaire, que j'ai fourni quelques indications à M. Ferdinand Martin (2), pour construire un appareil analogue à celui de son invention. L'habile mécanicien a expérimenté avec nous, au Val-de-Grâce, cet appareil de campagne qui a pour effet de soutenir et d'immobiliser la cuisse, atteinte de fracture grave, en facilitant le transport du blessé, sans nuire à l'application d'un bandage, sans provoquer le déplacement des fragments osseux ou la déchirure des parties molles, sans nécessiter des pansements fréquents et sans exposer le membre aux fatales chances d'une amputation précipitée. Cet appareil n'a pu malheureusement être expérimenté dans la campagne de Crimée, quoiqu'il n'offre pas encore pour nous la simplification désirable pour les besoins de la guerre.

Mais, à part les services que pourrait rendre à l'armée une contention de ce genre, dans les cas surtout de fractures pouvant motiver la plus redoutable des amputations, n'est-il pas admissible que bien des chirurgiens timides ou prudents ont dû sauver un certain nombre de blessés, par une sage expectation, en préférant leur faire subir les risques des accidents consécutifs

(1) *Traitement des fractures des membres par l'appareil inamovible*, thèse du doctorat, Paris, 1832; et *Quel est le meilleur traitement des fractures du col du fémur?* thèse de l'agrégation, Paris, 1835.

(2) *Mémoires sur une nouvelle méthode de traitement des fractures du col et du corps du fémur* (*Union médicale*, juin et juillet 1855).

ou ultérieurs, et sans se prévaloir plus tard des succès qu'ils avaient ainsi obtenus? Cette proposition est soutenue à peu près de même par l'auteur du mémoire dont nous poursuivons l'analyse, et par Hénot (1) partageant, à cet égard, messieurs, la confiance de votre rapporteur, sur les avantages de la chirurgie conservatrice.

Ici toutefois se présente une question subsidiaire assez délicate et très discutable! Qu'il me soit permis de l'aborder. Les fractures comminutives et compliquées du fémur par armes à feu, sans remonter assez haut pour motiver la désarticulation, ne nécessiteront-elles point l'amputation immédiate dans la continuité plutôt que l'expectation? Des chirurgiens représentant de grandes autorités dans la pratique militaire, ont répondu à cette question par l'affirmative. Nous n'avons pas besoin de les nommer. Mais d'autres, venus après eux, et recherchant les cas contraires à ce principe, ont démontré en effet que quelques fractures graves de la cuisse avaient échappé heureusement à l'amputation immédiate, sur le champ de bataille, malgré les accidents consécutifs de la suppuration, malgré les lenteurs de la cicatrisation et malgré les difformités du cal ou les déformations du membre. De pareils résultats ne sauraient être niés; acceptons-les donc, mais avec la réserve que commande toute amputation primitive de la cuisse, si souvent redoutable dans la continuité, qu'elle est presque constamment mortelle dans la contiguïté. Les faits le prouvent, et c'est là ce que démontre M. Legouest.

Il relate, à l'appui de cette proposition, six cas de fractures du col du fémur ou des trochanters, pour lesquels on avait tenté la conservation du membre. Or, sur ces six cas, la tentative réussit trois fois.

Le premier fait de guérison avait été présenté, en 1854, par nous-même, à la clinique du Val-de-Grâce. Il s'agissait d'un

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVI, 1851.

ancien officier grièvement blessé, en 1812, par un coup de feu, dans la région trochantérienne, et pansé par Larrey, qui le préserva de l'amputation coxo-fémorale, en assurant sa guérison, sans même citer ce cas heureux, lorsqu'il fit connaître plus tard les sept désarticulations pratiquées par lui. Cette fracture grave avait été traitée par la méthode du double plan incliné; la consolidation n'avait pu se faire qu'avec un raccourcissement marqué, mais assez solidement, pour permettre plus tard au blessé de faire de longues courses, et de supporter, jusqu'à ce jour, les fatigues d'un emploi civil.

Le second fait appartient à M. Sédillot, qui, ayant à traiter, en 1843, une fracture compliquée de la cuisse, dans la région des trochanters, par un coup de feu (reçu en duel), hésita d'abord à opérer la désarticulation, et obtint la guérison par un appareil contentif dans l'extension et par des pansements convenables. Le blessé, alors officier d'artillerie, devenu sous-intendant militaire, marche aujourd'hui avec un faible raccourcissement du membre.

Un troisième fait, recueilli par M. Legouest lui-même, est celui d'un soldat nommé Tanguel, blessé en Afrique, au mois de janvier 1841, par un coup de feu qui lui fractura le fémur droit dans les trochanters. Il se refusa absolument à l'amputation que lui proposait M. Marit; et après cinq mois de soins entravés par des accidents graves, il parvint, contre toute attente, à la guérison. La consolidation de la fracture s'établit avec un raccourcissement considérable, et le blessé, retiré en Alsace, existe encore aujourd'hui.

A ces trois faits cités par notre confrère, nous pourrions en joindre d'autres. Je me contenterai de rappeler les deux suivants que j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société.

Le premier (1) est relatif à un soldat de l'armée d'Égypte,

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 21 novembre 1855.

blessé au siége de Saint-Jean-d'Acre, par une balle qui avait pénétré dans la région antérieure de la hanche gauche, en fracturant le col du fémur à sa base. Les signes caractéristiques et les chances d'accidents à craindre, par la présence et l'enclavement du projectile dans la profondeur de la plaie, auraient justifié la désarticulation immédiate de la cuisse, si l'absence de toute hémorrhagie n'avait encouragé le chirurgien en chef de l'armée à temporiser, en appliquant un appareil contentif, pour assujetir le membre dans l'extension. Le résultat dépassa son attente; nulle complication sérieuse ne survint, et le blessé, évacué sur le Caire, y acheva sa guérison, en conservant la rectitude de la jambe, sauf un peu de raccourcissement et une ankylose de la hanche. Il se retira en Belgique, où il vécut encore une trentaine d'années et mourut à Bruxelles.

L'autopsie permit de conserver la pièce anatomique, dont M. Seutin fit hommage à mon père, et que j'ai donnée plus tard au musée du Val-de-Grâce. Je l'ai montrée à la Société comme un exemple remarquable d'ankylose complète de la hanche, avec direction et rectitude parfaites du fémur, soudé à l'os iliaque par une sorte d'étui osseux, éburné, qui immobilise l'articulation, sans augmenter sensiblement le volume du col; et sans y laisser d'autre trace de la fracture qu'un léger sillon oblique. La balle enfin se trouve si fortement enclavée dans l'épaisseur du grand trochanter, que, malgré sa déformation saillante, elle ne peut même être ébranlée sur place.

Le second fait (1) présente aussi un exemple de consolidation régulière d'une fracture comminutive et compliquée du fémur à son tiers supérieur, par un gros projectile de guerre. Un officier de l'armée de Crimée, avait été blessé à la bataille de l'Alma par un biscaïen qui lui fracassa la cuisse droite. Le

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 7 janvier 1857.

projectile, ayant pénétré par la face interne du tiers supérieur du membre, presque sur le trajet de l'artère fémorale, était ressorti directement en dehors, en fracturant le fémur en éclats. Le chef de l'ambulance, M. Fleschhut, appréciant bien toutes les chances d'amputation dans un cas aussi difficile, se contenta sagement d'appliquer un appareil contentif au membre, et fit évacuer le blessé sur Constantinople.

Une consultation, réunie à l'hôpital de Péra par M. Scoutetten, ne sembla pas mettre en doute la nécessité de l'amputation, mais en la reconnaissant à peu près impossible sans désarticuler la cuisse. Or, la gravité de l'opération pouvait devenir encore plus funeste que la gravité de la blessure, et l'on fut d'avis de tenter la conservation du membre. Un appareil de Scultet fut appliqué dans les premiers temps et permit, à diverses reprises, d'extraire de la plaie des morceaux de vêtements et beaucoup d'esquilles de diverses grandeurs, formant en tout une perte de substance de 5 centimètres environ. Il ne survint point d'accidents consécutifs, malgré une épidémie de pourriture d'hôpital ; un appareil inamovible dextriné assura la consolidation définitive, les plaies finirent par se cicatriser, en France, à l'aide des eaux de Baréges, et nous avons enfin constaté ici que le membre conserve sa rectitude avec ses mouvements articulaires, sauf une légère claudication.

Ce cas si remarquable de chirurgie conservatrice substitué à l'une des indications les plus formelles de l'amputation primitive, se rattache donc directement encore aux trois exemples signalés par M. Legouest, en faveur de la temporisation, lorsqu'il s'agit de désarticuler la cuisse pour une blessure récente.

Voici maintenant trois faits d'un autre ordre observés par notre confrère, pendant son séjour à Constantinople.

Premier fait. Un prisonnier russe, nommé Gorskonoff, blessé à l'Alma par un coup de feu qui lui fractura le fémur dans les

trochanters, ne put être amputé, parce qu'il était épuisé par une diarrhée chronique, et il succomba quinze jours après son entrée à l'hôpital.

Deuxième fait. Un zouave, nommé Mouchad, blessé à Inkermann, à la cuisse gauche, par un coup de feu qui avait fracturé le col du fémur à sa base et le grand trochanter, se refusa à toute opération (la résection lui était proposée), et même à l'extraction des esquilles. Une hémorrhagie abondante nécessita la ligature de l'artère crurale en arrière du ligament de Poupart. L'amputation consécutive fut refusée aussi par le blessé, qui a succombé quelques jours après, à un sphacèle du membre.

Troisième fait. Un soldat de la ligne, nommé Delos, fut triplement blessé à Inkermann par un coup de feu à l'avant-bras, par un autre dans la région iléo-lombaire, et par un troisième à la cuisse gauche, qui se trouva fracturée dans les trochanters. Aucune opération n'était praticable dans un état aussi grave, excepté l'extraction d'un grand nombre d'esquilles; et cependant, après bien des accidents, ce malheureux succomba à l'infection putride, plus de deux mois après sa blessure. L'autopsie fit reconnaître une cicatrice du rein gauche qui avait été traversé par l'un des projectiles.

De ces faits, M. Legouest conclut que la conservation du membre doit être tentée, puisqu'elle a été obtenue trois fois sur six, dans des conditions fort difficiles, tandis que sur les quarante-quatre amputations coxo-fémorales dont il a fait le recensement, c'est à grand'peine, dit-il, que nous pouvons compter quatre cas authentiques de guérison. De tels résultats nous paraissent également si bien démontrés, qu'ils seraient décisifs pour tous les chirurgiens, si l'auteur du mémoire avait pu réunir un nombre d'exemples de conservation de la cuisse à peu près égal au nombre des amputations dans l'article, en ce qui concerne du moins les blessés de la campagne de Crimée.

Quoi qu'il en soit, notre honorable confrère déduit de l'ensemble des faits particuliers un principe de conduite déjà pressenti par les chirurgiens : c'est de rejeter toute amputation immédiate de la cuisse dans son articulation coxale. On acceptera volontiers ce principe en théorie et en pratique, avec la réserve de ne point s'y conformer rigoureusement, si nulle temporisation n'est possible, et si, par exemple, la mutilation du membre l'a déjà séparé en partie du bassin, comme on le voit par l'effet des gros projectiles.

Une autre indication, assez rare heureusement, de la désarticulation immédiate, serait la lésion simultanée des vaisseaux cruraux et du fémur, près du bassin, avec dilacération profonde des parties molles. Dans ce second cas encore, le principe soutenu par M. Legouest nous semblerait trop absolu si, comme toute règle, il n'était confirmé par des exceptions.

Mais nous ne pensons pas qu'il faille se décider à la désarticulation immédiate pour une lésion des vaisseaux cruraux à la racine du membre, si le fémur n'est point fracturé. L'imminence même de la gangrène permettrait de temporiser, ou tout au moins de n'en venir à l'amputation de la cuisse que consécutivement et dans la continuité du membre, sauf à remonter le plus haut possible, en comptant sur les artères ischiatique, fessière et obturatrice, pour garantir la vitalité du moignon. Tel est également l'avis définitif de M. Legouest, après quelques incertitudes de sa part à ce sujet

Restent donc les cas si nombreux, si variés, de fracture comminutive du fémur, dans son tiers supérieur, sans lésion des vaisseaux. Or, la conduite du chirurgien ne semble-t-elle pas alors tracée d'avance, comme vis-à-vis de toute fracture par coup de feu ? Aussi l'auteur du mémoire rappelle-t-il la nécessité de constater d'abord le siége de la fracture, de s'assurer si elle n'intéresse pas le col ou même la tête du fémur, de

rechercher et d'extraire les esquilles mobiles, sauf les difficultés dues quelquefois au gonflement du membre.

Ajoutons que, dans les cas de ce genre, le principe très utile des débridements peut être appliqué avec avantage, mais aussi avec les ménagements nécessaires, pour éviter des incisions trop profondes et pour prévenir la complication si dangereuse du plegmon diffus de la cuisse.

M. Legouest rappelle le précepte de mettre le membre sur un double plan incliné, eu égard au relâchement des muscles, pour obtenir le rapport des fragments. Mais cette position, si régulière ou si rationnelle qu'elle soit, n'assurerait pas le maintien ou la contention de ces fragments, sans un appareil approprié, surtout au milieu des conditions difficiles où se trouvent placés les chirurgiens militaires. C'est pourquoi je ne répéterai pas ce que j'ai déjà dit par avance dans ce rapport, sur les services que peuvent rendre à l'armée certains appareils applicables particulièrement aux fractures compliquées du fémur.

Le traitement des complications ne serait pas d'ailleurs plus spécial que pour les autres fractures les plus comparables à celles-là. Résumons seulement, à cet égard, les indications que l'auteur du mémoire rappelle aussi aux chirurgiens. A part l'extraction facile des esquilles les plus petites et les plus mobiles, il peut s'en présenter d'assez volumineuses pour n'être point détachées aisément; mais il ne faudrait point se hâter d'y procéder par une opération radicale, et encore moins par la désarticulation immédiate. Mieux vaut réserver au blessé les chances plus heureuses d'une amputation secondaire dans la continuité du membre, fût-ce dans l'épaisseur des trochanters, lorsque la tête et le col du fémur paraissent intactes et si la capsule synoviale est à l'abri de l'opération elle-même.

M. Legouest expose d'ailleurs, sur ce sujet, les avantages attribués à la conservation de l'extrémité articulaire de l'os,

comme moyen de mobilité physiologique pour le moignon et comme point d'appui pour l'application ultérieure d'un appareil prothétique. La présence de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde formerait de plus un obstacle à la pénétration du pus et à la formation d'un foyer profond tendant à entretenir des fistules intarissables et à provoquer de nouvelles complications.

Cette dernière remarque nous rappelle une idée judicieusement émise par Hénot (de Metz) (1). Il a démontré que la source et la persistance des fistules, à la suite des désarticulations même heureuses de la cuisse, provenaient d'une altération du cotyle. La plus remarquable des preuves à l'appui de cette opinion, serait, selon lui, l'observation de l'amputé de M. Baffos (2), qui le vit succomber, trois mois après, à une carie de la cavité cotyloïde. Cette complication serait d'autant plus à craindre chez un sujet scrofuleux et débilité, comme l'était, du reste, l'enfant dont il s'agit dans cette observation.

Mais si, au contraire, la fracture intéresse le col et la tête du fémur, ou seulement cette extrémité articulaire, sans délabrement des tissus, le chirurgien devra préférer la résection de la partie supérieure de l'os à l'amputation coxo-fémorale. Et la résection faite dans de telles circonstances nous semble aussi plus rationnelle que diverses opérations du même genre pratiquées sur d'autres régions des membres inférieurs.

M. Legouest, en énonçant, d'après différentes sources, quelques-uns des cas dans lesquels la résection de la partie supérieure du fémur a été faite, en indique douze ou quatorze. Il annonce plus d'un tiers de succès dans les résultats obtenus. Mais il nous laisse regretter une analyse sommaire de ces faits intéressants, dont nous croyons d'ailleurs le nombre plus consi-

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVI, 1851.

(2) *Bulletin de la Faculté de médecine*, t. VIII, 1812.

dérable, et qui serviraient à démontrer peut-être les avantages de cette opération sur la désarticulation de la cuisse.

Parmi les faits énoncés, il en est un, messieurs, dont votre rapporteur (1) a recueilli l'observation au siége d'Anvers, et dont le résultat malheureux n'excluerait pas pour lui non plus l'opportunité de la résection.

Il s'agit d'un soldat blessé à la hanche par un fusil de rempart : le projectile avait pénétré par la partie externe et supérieure de la cuisse, au-dessus du grand trochanter, et était ressorti par le périnée, en fracturant comminutivement le col du fémur et le grand trochanter, sans dilacérer les parties molles. Le chirurgien en chef de l'armée belge, M. Seutin, pratiqua, de préférence à la désarticulation de la cuisse, la résection de l'extrémité articulaire du fémur. L'extraction de la tête osseuse brisée à son col anatomique et enclavée dans la cavité cotyloïde, rendit l'opération assez laborieuse. Des accidents consécutifs d'œdème gangréneux et les effets prolongés de la commotion traumatique entraînèrent, au quatrième jour, la mort du blessé. J'avais présumé dès cette époque « que, sans » amputer la cuisse dans l'articulation, on aurait peut-être » réussi à conserver le membre par l'extraction simple des » fragments mobiles et par l'application méthodique d'un appa- » reil à fractures, quel que dût être le raccourcissement consé- » cutif ou la fausse articulation. Mais était-il bien nécessaire » de désarticuler, avec tant de peine, la tête du fémur tout à fait » intacte dans sa cavité et si utile pour former le chapiteau de » la colonne de sustention? Je ne le pense pas non plus. »

J'ajouterai seulement que M. Seutin, en faisant cette résection du fémur, s'était surtout fondé sur les résultats généralement funestes de l'amputation immédiate de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale.

(1) *Histoire chirurgicale du siége de la citadelle d'Anvers*, p. 364, 1833.

M. Legouest a raison de dire que l'on ne saurait proposer un procédé spécial pour l'amputation dans les trochanters ou à la base du col, non plus que pour la résection du fémur, si ce n'est d'utiliser les parties molles, tout en incisant largement. Il a eu occasion de faire une amputation dans les trochanters; en taillant un lambeau postéro-externe, pour un cas de gangrène traumatique, et il pense que si l'on avait le choix, le procédé à deux lambeaux serait préférable.

Il conseille, dans le cas de résection, le procédé à lambeau semi-circulaire, adopté déjà par M. Velpeau (1), comme facilitant le plus le mode opératoire et la réunion.

Quant aux divers procédés de désarticulation coxo-fémorale, sans en discuter la valeur, notre confrère se prononce en faveur de celui qui consiste à former un vaste lambeau antérieur, d'après Plantade (2) l'un des premiers, à la suite surtout des coups de feu. M. Legouest énumère les avantages de ce procédé, qui diminue les dangers de l'hémorrhagie, en facilitant l'application des ligatures, et met à découvert la plus grande surface de la plaie, ainsi que l'articulation, pour détacher la tête de la cavité. Ajoutons que ce lambeau antérieur, retombant par son propre poids sur la demi-section circulaire, assujettit de lui-même la réunion, et empêche ou diminue l'infiltration du moignon, par l'écoulement déclive du pus.

M. Legouest a modifié ou complété le procédé à lambeau antérieur, en circonscrivant la partie postérieure du membre par une incision semi-circulaire dans le pli de la fesse, afin de donner plus de régularité au résultat de l'amputation. M. Lenoir (3) nous a fait remarquer, à cette occasion, qu'il avait proposé une modification analogue à celle-là, pour le procédé

(1) *Éléments de médecine opératoire*, t. I, 1832.

(2) *Dissertation sur l'amputation de la cuisse*, Paris, 1806.

(3) *Journal hebdomadaire de médecine*, 1830.

de Delpech, et déjà indiquée aussi par M. Manec, comme le rapporte d'ailleurs M. Velpeau (1) dans son ouvrage si plein d'érudition.

D'après les développements que nous avons cru devoir donner à l'analyse de l'intéressant mémoire de M. Legouest, nous arrivons à un principe simple, susceptible d'une formule à peu près absolue, à savoir : dans les fractures comminutives et compliquées du tiers supérieur du fémur par armes à feu, il faut tenter, en général, la conservation du membre, sauf à l'amputer plus tard, comme pour une lésion organique, au lieu d'en venir d'emblée à la désarticulation immédiate de la cuisse.

Le travail sur lequel nous venons, messieurs, de vous lire ce rapport, a donc une véritable importance pratique au point de vue de la chirurgie d'armée. M. Legouest a le mérite d'avoir démontré par des faits l'exactitude d'une proposition déjà émise avant lui, notamment par M. Sédillot, dans son mémoire. « L'auteur annonçait [disait Larrey comme rapporteur (2)], » d'après une étude attentive qu'il a faite de toutes les observations relatives à l'extirpation de la cuisse, qu'il lui semble » démontré que la règle générale de pratiquer immédiatement, » dans les maladies aiguës, telles que les blessures, l'amputation des membres, devait peut-être subir une exception pour » l'amputation de la cuisse. » M. Sédillot, en effet, a développé cette proposition au point de vue des maladies chroniques du fémur requérant la désarticulation, de même que le soutient M. Legouest, à propos des insuccès de l'opération immédiate, dans les cas de lésions traumatiques. Mais c'est, en définitive, la même proposition appuyée sur deux arguments irrécusables qui se lient l'un à l'autre par les résultats cliniques et statistiques des faits observés; et il faut que le rapporteur du mémoire

(1) *Éléments de médecine opératoire.*

(2) *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, janvier 1842.

soit doublement convaincu de l'exactitude de ce principe, pour le soutenir avec la plus entière confiance.

Votre commission, messieurs, n'aurait pas fini sa tâche à l'égard de M. Legouest, si elle devait vous rendre compte aujourd'hui d'un autre travail adressé par lui à la Société. Ce second mémoire, intitulé *Des congélations observées à Constantinople, pendant l'hiver de* 1854 *à* 1855, a trop d'importance pour être analysé sommairement, mais, par cela même, il annonce un titre de plus à vos suffrages. M. le médecin major Legouest, bien qu'en résidence actuelle à Paris, peut en être détaché de nouveau, pour les exigences du service de santé militaire ; il cessera même dans quelque temps ses fonctions d'agrégé à l'école du Val-de-Grâce, qui regrettera en lui un chirurgien habile et un professeur exercé, mais, en quelque lieu qu'il soit placé (1), il serait heureux et honoré d'appartenir à la Société de chirurgie, en lui offrant de nouveaux tributs de ses travaux. Elle recueillerait de sa part, comme auprès de nos honorables correspondants de l'armée, d'utiles matériaux sur la chirurgie militaire.

En conséquence, messieurs, votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° De renvoyer au Comité de publication le mémoire sur la *désarticulation coxo-fémorale*, en réservant votre décision ultérieure sur le travail relatif aux *congélations*.

2° De nommer M. le docteur Legouest membre correspondant de la Société de chirurgie.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

(1) M. Legouest a été nommé depuis professeur à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

Un second rapport de M. Larrey sur la *désarticulation coxo-fémorale* devait faire suite à celui-ci, dans les *Mémoires*, mais il sera inséré dans le tome X du *Bulletin*, parce qu'il a pour objet un ouvrage imprimé. Il s'agit d'un travail publié en 1845 par M. le professeur Sands Cox, de Birmingham.